UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1947 N° 13

NEUF MOIS DE CHIRURGIE AU CAMP DE DEPORTATION DE NECKARELZ

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en Février 1947

par

ALICE LANDAU

MEMBRES DU JURY

MM. BOULARAN	*Président*
SENDRAIL, R. SOREL, BAISSET	*Assesseurs*
VIRENQUE	*Suppléant*

IMPRIMERIE PARISIENNE
16, place du Palais
TOULOUSE

1947

NEUF MOIS DE CHIRURGIE

AU CAMP DE DEPORTATION DE NECKARELZ

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1947 N° 13

NEUF MOIS DE CHIRURGIE AU CAMP DE DEPORTATION DE NECKARELZ

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en Février 1947

par

ALICE LANDAU

MEMBRES DU JURY

MM.	BOULARAN	*Président*
	SENDRAIL	
	R. SOREL	*Assesseurs*
	BAISSET	
	VIRENQUE	*Suppléant*

IMPRIMERIE PARISIENNE
16, place du Palais
TOULOUSE

1947

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	CALVET
Assesseur	LEFEBVRE
Doyens honoraires	BARDIER, GORSE

Professeurs honoraires

MM. ESCAT, RISPAL, MOOG, MERIEL, CAUBET, RIBAUT, MAURIN, ARGAUD, DALOUS, LAFFORGUE, SERR

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Anatomie	VALLOIS, CLERMONT	Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.)
Histologie et embryologie	N...	Pharmacie	CAUJOLLE
Pathologie interne	MOREL	Matière médicale	VINCENT
Clinique médicale	TAPIE, ROQUES	Clinique obstétricale	GARIPUY
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BOULARAN	Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE	Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)	Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Clinique de neurologie et psychiatrie	RISER	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Clinique ophtalmologique	CALMETTES	Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Physique biologique et médicale	BUGNARD	Histoire naturelle	DELAS
Chimie et toxicologie	BRUSTIER	Médecine légale et déontologie	PLANQUES
Cliniq. oto-rhino-laryngologique et chirurgie maxillo-faciale.	CALVET	Bactériologie - Hygiène - Médecine sociale	ANDRIEU
		Anatomie pathologique	FABRE (J.),
		Chimie biologique	MONNIER(P.)

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	M. BAISSET,	Obstétrique	GUILHEM

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GARIPUY	Botanique et cryptogamie	Mme DULUCQ MATHOU
Cours d'anat. physiol. et pathol. élém. aux élèves sages-femmes	GUILHEM	Chimie analytique	BLANC
Histolcgie	N...	Hydrologie et géologie	ASTRE
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.)	Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Chimie minérale	BLANC	Pharmacodynamie	BOUNHOURE.
Stomatologie	CADENAT	Thérapeutique	GADRAT.
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT	Médecine du travail et Assur. soc.	BOUNHOURE,
Dermatologie et syphiligraphie	BAZER,	Clinique O. R. L.	CLAUX,
Législation pharmaceutique	BGUISSET	Parasitologie	LASSERRE
Microbiologie	BOUISSET	Neuro-chirurgie	LAZORTHES,
Bactériologie	LAPORTE,	Chirurgie pulmonaire	DAMBRIN (P.)
Clinique de la tuberculose	MOREL (L.)	Urologie	LHEZ.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Histolcgie	MAYER, BROUSSY.	Chirurgie	VIRENQUE, GRIMOUD, DIEULAFE, RIEUNAU, DAMBRIN (P.),
Médecine	DARNAUD, GERAUD, GADRAT, DARDENNE, LAPORTE (J.),	Chimie	VALDIGUIE, BLANC
Anatomie	LAZORTHES	Pharmacie	COUTURIER.
Physique médicale	MARQUES,	Histoire naturelle	Mme. DULUCQ-MATHOU.
		Ophtalmologie	DEODATI.

Secrétaire de la Faculté .... DUCROS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération du 12 mai 1891.)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MES PARENTS

A MA SŒUR

amie fidèle de toute ma vie.

A MON FRERE

A MONSIEUR LE DOCTEUR PH. BENT

auquel je dois l'essentiel de ce travail, en témoignage d'affectueuse reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur BOULARAN

Professeur de clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.
Chevalier de la Légion d'honneur.

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il nous permette de lui exprimer notre respectueuse et toute particulière reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

A NOTRE JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SENDRAIL

Professeur de Pathologie générale et de Médecine expérimentale.

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. SOREL

Professeur de clinique médicale infantile et de puériculture.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAISSET

Professeur de Physiologie.

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRENQUE

Professeur agrégé de Chirurgie.

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre respectueuse gratitude pour avoir accepté de siéger à notre jury et pour la sympathie dont ils ont toujours fait preuve à notre égard.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE
DE VARSOVIE

A NOS MAITRES DE LA FACULTE
DE TOULOUSE

INTRODUCTION

Nous nous proposons, dans cette thèse, de parler d'un sujet qui nous tient particulièrement à cœur : le travail effectué par des médecins français déportés dans un de ces bagnes qu'étaient les camps de déportation nazis.

C'est une question que nous connaissons bien et qui nous intéresse d'autant plus que nous en avons connu, nous aussi, les réalités quotidiennes.

En septembre 1939, au début de la guerre, nous nous trouvions à Varsovie, où, bien que Française, nous avions, par suite de circonstances fortuites, fait nos études médicales et où nous exercions, comme médecin de l'Hôpital Wolski.

Peu de temps après l'entrée des Allemands à Varsovie, la Gestapo nous arrêta et nous expédia en Allemagne, dans un camp d'internement franco-anglais.

Nous y avons connu toutes les douceurs du régime nazi.

C'est dire quel écho peut trouver la douloureuse expérience qu'en ont faite nos confrères du camp de Neckarelz.

Ayant eu le bonheur de pouvoir rentrer en France, nous avons repris nos études médicales en vue de l'obtention du diplôme d'Etat français et nous avons aujourd'hui la satisfaction profonde de pouvoir soutenir cette thèse devant nos Maîtres de la Faculté de Toulouse qui nous ont témoigné tant de bienveillante sympathie et dont nous avons toujours si vivement apprécié la haute valeur morale et la science profonde.

C'est dans l'enseignement traditionnel de Facultés comme celle de l'Académie de Toulouse que tant de médecins ont puisé la science médicale et le courage professionnel qui leur ont permis de rester toujours, et jusque dans les camps de déportation, à la hauteur de leur tâche.

Dans le cataclysme universel qui vient de bouleverser l'existence de tant de peuples, les tragédies particulières et les souffrances individuelles peuvent sembler peu de chose.

Il nous a paru cependant qu'il n'était pas inopportun de rappeler les efforts méritoires et souvent héroïques de tant de médecins français, dans la lutte qu'ils ont engagée dans ces circonstances douloureuses, contre la souffrance et contre la mort.

Assurément, presque partout en France, pendant la période qui suivit la catastrophe de 1940, tous les médecins se trouvèrent, du fait de l'occupation et des difficultés matérielles, en face d'une tâche accrue, malaisée et de jour en jour plus ardue et plus lourde.

Nulle part, cependant, ce fardeau ne pesa plus lourdement sur les épaules des médecins que dans les camps de déportation.

C'est là que se montra le mieux la trempe des caractères.

C'est là que, livrés à eux-mêmes, sans ressources matérielles, sans autre appui moral que celui qu'ils trouvaient en eux-mêmes, sans autre espoir de récompense que la satisfaction du devoir accompli, ils essayaient, souvent eux-mêmes affamés et meurtris, de soulager les souffrances physiques de leurs compagnons de misère et de les réconforter moralement.

Tel ce médecin de Lexos, le Dr Ringuier, âgé de près de 70 ans, qui, pendant le mortel transport de plus de deux mille déportés français de Compiègne à Dachau (1), du 2 au 7 juillet 1944, prodigua ses soins à ses malheureux compatriotes, allant de l'un à l'autre, les réconfortant, les calmant, leur distribuant quelques médicaments cachés dans ses poches, consolant les mourants et qui, enfin, au bout de deux jours d'un travail sans répit, se coucha sur le plancher du wagon, en disant simplement : « Maintenant, c'est mon tour », et mourut quelques instants après.

Il nous a semblé que de tels exemples méritaient d'être sortis de l'oubli et qu'il n'était pas non plus sans intérêt de montrer les prodiges d'ingéniosité, de ténacité et de dévouement dont ont dû faire preuve à chaque instant les

(1) Le 2 juillet 1944, par une chaleur torride, ces malheureux déportés furent entassés, à 100 par wagon, dans des wagons à bestiaux plombés, sans lumière, sans air, sans nourriture, sans eau ; au bout de peu de temps, les hommes devenaient fous, littéralement, et dans certains wagons en vinrent à s'étrangler ou se larder de coups de couteau les uns les autres. Lorsqu'on déplomba les wagons à Dachau, il y avait près de 1.000 cadavres et dans un des wagons, 97 morts sur 100 occupants. Les trois médecins Français de Neckarelz dont il est question plus loin, faisaient également partie de ce convoi de la mort.

médecins des camps de déportation; il nous a semblé qu'il valait la peine de faire sortir de l'ombre (souvent volontairement accumulée par la modestie de ces héros obscurs) la grandeur et les difficultés de cette lutte journalière contre la mort.

Nous ne pouvions songer à relater les annales médico-chirurgicales de tous les camps de déportation qui ont existé pendant cette malheureuse guerre.

Nous nous sommes bornée à exposer les faits matériels concernant l'un de ces camps. « Ab uno, disce omnes. »

Et dans ce but, ayant choisi, comme camp-type, le camp de Neckarelz, nous nous sommes adressée à des médecins déportés, rescapés de ce camp, que nous avons interrogés et qui ont bien voulu nous communiquer les matériaux nécessaires à ce travail.

Nous ne saurions, en particulier, trop remercier le Docteur BENT, de Monclar-de-Quercy (Tarn-et-Garonne), pour l'intérêt qu'il a bien voulu nous témoigner et pour les dossiers d'observations, si vivants, qu'il a bien voulu nous confier.

La tâche du chirurgien de Neckarelz était ardue et pénible, mais la volonté ardente de faire le bien aide à surmonter bien des difficultés.

Opérer avec une instrumentation de fortune, dans un milieu hostile, avec la perspective possible pour le chirurgien de recevoir des coups de trique en sortant de la salle d'opération, faire son devoir, accomplir sa mission de médecin et avoir la consolaiton de réussir quelquefois à sauver la vie d'un camarade de géhenne, voilà ce qu'ont fait les médecins déportés au camp de Neckarelz.

Au camp de Neckarelz, le chirurgien passait la visite sous le contrôle d'un feldwebel S. S. ou du chef de camp jonglant avec sa cravache. Il a opéré une hernie étranglée gardé dans la salle même d'opération de la clinique de Mosbach par une sentinelle allemande armée d'une mitraillette, appareillé des fractures avec des attelles, drainé un phlegmon périnéphrétique avec un tuyau de caoutchouc de robinet, fait une amputation de cuisse avec une scie à bois.

Et ce ne sont pas des histoires inventées de toutes pièces. Ces faits sont connus et peuvent être certifiés exacts par tous les survivants français du camp de Neckarelz.

Il fallait savoir faire quelque chose avec rien ; faire tout ce qu'il était humainement possible de faire avec les moyens du bord, en ne comptant que sur soi-même.

Pouvait-on se croiser les bras devant la souffrance et la mort ? Il fallait lutter, opérer, certes dans de mauvaises conditions, en se confiant à la Providence, se rappelant le « Je le pansai, Dieu le guarit » d'Ambroise Paré.

Notre étude n'est pas seulement, d'ailleurs, le reportage de neuf mois passés à Neckarelz. Elle s'accompagne de considérations sur la marche des affections chirurgicales, la symptomatologie et les moyens de traitement utilisés au camp.

AVANT-PROPOS

Nous ne nous attarderons pas à décrire les conditions de la vie du déporté.

Lever à 5 heures; appel sous la pluie ou la neige; travail de 6 heures du matin à 6 heures du soir, soit à la mine souterraine, soit à la confection des baraquements à Mosbach, soit au déchargement de wagons au Bahnhof. Toute la journée, coups de manche de pelle pour activer le travail, coups de pied. Coucher : deux déportés par paillasse pleine de vermine, large de 1 m. 10.

Comme vêtements, certains avaient une chemise en lambeaux, la plupart n'en avaient pas, un pantalon rayé en tissu de fibre de bois, un blouson du même tissu, un calot, des chaussettes russes et des sabots.

Pendant l'hiver 1944, le thermomètre est descendu à — 26°.

Comme nourriture, tisane non sucrée le matin au réveil. A 9 heures, dix grammes de margarine. A midi, un litre de soupe, de l'eau tiède où nageaient quelques rutabagas ou pommes de terre gelées. Le soir, 10 grammes de marga-

rine ou une cuillerée à café de compote: 250 grammes, puis, les derniers temps, 200 grammes de pain pas cuit par jour.

Des appels interminables.

Pas de nouvelles de France; ce qui fait qu'à la souffrance physique venait s'ajouter la pire des détresses morales.

Telle était en raccourci l'existence du déporté à Neckarelz.

Les malades et les blessés venaient à la visite le soir à la rentrée du travail. Les petits blessés étaient pansés dans la salle même de visite .

Comme objets de pansement, le médecin disposait en quantité limitée de gaze en rayonne, de coton et de bandes en papier. Faute de matériel, les pansements n'étaient renouvelés, en principe, que tous les trois jours.

Les malades plus graves étaient, avec le consentement du chef de camp, exemptés de travail en kommando: ils recevaient un billet de « Schonung » (à ménager) et pendant la durée de leur schonung, on les occupait à éplucher des légumes ou on leur faisait faire des corvées dans l'intérieur du camp. Les malades graves, ceux qui devaient subir une intervention, étaient admis à l'infirmerie du camp, au « Revier ».

Le Revier pouvait recevoir en juillet 1944 une dizaine de malades ou blessés, et l'effectif du camp était de 1.200 déportés de toutes nationalités. Plus tard, avec l'épidémie de typhus exanthématique et l'augmentation de la

morbidité en fonction de la diminution de résistivité des prisonniers, des baraques dans la cour du camp furent affectées au Revier.

Petit à petit, Neckarelz devint un centre médico-chirurgical sur lequel étaient drainés tous les malades et blessés des kommandos de la région du Neckar. Puis, tous les malades furent évacués sur le camp voisin de Neckargerath.

Neckarelz devint le centre chirurgical.

Le Docteur BENT et le Docteur SOLLADIÉ en assuraient le fonctionnement avec trois infirmiers.

En rentrant à l'infirmerie, les malades étaient entièrement déshabillés, lavés, épouillés par pulvérisation sur le corps, avec un appareil genre Fly-Tox, d'un produit insecticide, le Cuprex ou le Löseto. Ils couchaient nus, toujours deux par paillasse. Ils recevaient la même nourriture que les travailleurs. Seuls, certains grands malades ou opérés avaient droit, quand il y en avait, à un régime spécial, la « Diät ».

La Diät était une soupe préparée avec du Grütz (gruau) et du lait écrémé.

Comme matériel et mobilier chirurgical, on trouvait au Revier de Neckarelz, en juillet 1944, un thermomètre, deux bistouris, deux paires de ciseaux, trois pinces à forcipressure, deux aiguilles à suture, deux seringues, une de 20 cm^3, une de 2 cm^3. C'était tout.

Par la suite, arrivèrent une scie à amputations, des écarteurs, des pinces à forcipressure, sonde cannelée et le dernier mois seulement, alors que tonnait de l'autre côté du Rhin, la voix des canons libérateurs, à peu près toute l'instrumentation nécessaire : un bouilleur électrique, une

boîte cylindrique avec éclipses dans le couvercle, une paire de gants en caoutchouc et une étuve électrique. gloire de la salle d'opération, mais qui s'est toujours obstinément refusée à monter à plus de 75°.

La salle d'opération était un réduit, fermé avec des planches, où aucun système de chauffage n'était possible. Comme éclairage, la fenêtre; la nuit, une lampe électrique et la perspective de recevoir une balle dans la fenêtre si le black-out laissait à désirer.

La table d'opération, une table en bois rectangulaire. fabriquée à l'atelier de menuiserie du camp. Cette table servait indifféremment pour les pansements septiques. les amputations pour gangrène gazeuse, les opérations abdominales. Elle était lavée au crésyl ou au lysol fortement concentré. Pas de champs; les champs étaient faits avec des « Fusslappen » (Fuss = pied. lappen = chiffons) que l'on distribuait aux déportés comme chaussettes russes. On faisait bouillir ces fusslappen. Ils servaient d'abord de champs et l'opération terminée. de pansement.

Pas de blouses, pas de gants. On opérait. les mains lavées au Sepso (ersatz de la teinture d'iode). Catguts et soies en grosses pelotes, dans des récipients de verre, suivant l'usage allemand. Un infirmier tirait sur le bout de catgut sortant du récipient avec une pince bouillie et l'opérateur le coupait à la longueur désirée. Comme anesthésiques : éther, chloréthyle, sans masque et surtout Evipan.

Dans ces conditions, fallait-il se croiser les bras et assister à la mort de camarades ? Il fallait oser. tenter ce qui logiquement paraissait impossible. N'aurait-il qu'une chance sur mille de sauver un malade, le médecin doit agir et garder cette millième chance.

LES AFFECTIONS CHIRURGICALES

OBSERVÉES AU CAMP ET LEUR TRAITEMENT

1° *PLAIES AUX PIEDS.*

L'affection que l'on voyait le plus fréquemment à la visite journalière était les plaies du pied.

La plupart des déportés avaient été arrêtés, puis déportés en Allemagne, chaussés de leurs souliers de ville. Au bout de quelques jours de travail dans la boue de la mine, ces chaussures étaient inutilisables et les chaussettes n'existaient plus qu'à l'état de souvenir.

Le déporté recevait alors une paire de galoches à semelle de bois et à tige de coutil. Ces chaussures étaient ou trop grandes ou trop petites.

Travaillant dans la boue jusqu'à mi-jambes, les pieds gonflés par la fatigue et les œdèmes de carence, les déportés présentaient rapidement des écorchures; les plaies s'infectaient et ces malheureux devaient accomplir, chaque jour, une dizaine de kilomètres pour se rendre au travail et peiner toute la journée, activés par les coups de gourdin des kapos.

Les plaies aux pieds, l'œdème, la lymphangite au début n'étaient pas une raison suffisante pour motiver le repo du Schonung. Le médecin touchait les plaies au Sepso, appliquait une couche de pommade à l'ichtyol à 20 % sur la traînée de lymphangite, appliquait une bande de papier comme pansement, demandait pour le blessé du repos que les Allemands refusaient d'accorder et le blessé repartait patauger dans la boue jusqu'à apparition de l'adénite et de la fièvre. Il était alors admis au Revier.

Au bout de quelques jours, il était exéaté, repartait clopin-clopant au travail, attrapait des coups de trique et de nouvelles plaies aux pieds et le cycle recommençait.

Au Revier, à moins d'urgence motivée par l'état général ou une fluctuation nette, le malade était mis au repos couché, et quatre fois par jour, après décapage à l'éther, la région de l'adénite était légèrement frictionnée avec de la pommade à l'ichtyol à 30 %. Lymphangite et adénites se résorbaient souvent, et le bistouri était évité.

En France, on n'emploie pas, que je sache, au début de ce qui peut devenir une suppuration, les applications de pommade à l'ichtyol.

En Allemagne, cette thérapeutique est d'usage courant, même en clientèle.

Certaines firmes pharmaceutiques présentent même cette pommade à l'ichtyol spécialisée sous différents noms, Ichtyolan par exemple.

Il est toujours possible de penser que le repos, le traitement de la cause avaient une influence favorable sur l'évolution de l'adénite. Mais, il est aussi permis de se

demander si l'absorption percutanée de l'ichtyol n'exerçait pas une action locale stérilisante sur le processus inflammatoire, et si son action antiphlogistique n'a pas un pouvoir efficace.

Si l'expérience n'avait pas démontré aux médecins allemands l'action souvent heureuse de la pommade à l'ichtyol à 20 ou 30 %, nous pouvons être persuadés qu'ils n'en feraient pas une pareille consommation.

2° *FURONCLES ET ANTHRAX.*

Les furoncles et l'anthrax du cou venaient immédiatement, comme quantité de cas observés à la visite journalière, après les plaies du pied.

Le furoncle isolé était traité par des applications de pommade à l'ichtyol. Avec la pommade, il semble qu'il arrivait plus rapidement à maturité. Ouverture au bistouri et nouvelle application de pommade à l'ichtyol. En règle générale, le bourbillon s'éliminait en trois jours.

La furonculose généralisée était une cause d'exemption de travail en kommando. Les malades étaient traités à l'autohémothérapie, 10 cm^3 tous les deux jours.

Il n'y avait au camp ni stock-vaccin, ni encore moins la possibilité d'auto-vaccin.

Pour l'anthrax, pas de radiothérapie possible. Pommade à l'ichtyol. Prontosil (Rubiazol français) ouverture crucial large, au bistouri à défaut de thermocautère. Pansement d'abord à la pommade à l'ichtyol, puis à la période de bourgeonnement, à la pommade au Cibazol (sulfamide allemand).

On observait assez fréquemment des abcès tubéreux de l'aisselle. Toute la difficulté du traitement consistait dans la confection du pansement avec des bandes en papier.

3° *PHLEGMONS.*

Les phlegmons diffus étaient très fréquents : adénophlegmons secondaires à des affections dentaires; phlegmons « diffusés », synovites suppurées consécutives à des plaies du pied.

Chez des sujets surmenés, insuffisamment nourris, en état de moindre résistance, ces phlegmons prenaient rapidement un caractère de gravité exceptionnel. Injections intramusculaires de Prontosil, Coramine ou Sympathyl, pommade à l'ichtyol *larga manu*, et rapidement, sans s'attarder ici à l'ichtyol, incisions multiples, larges, sous anesthésie au chloréthyle.

En dépit de leur caractère exceptionnel de gravité, ces phlegmons n'ont pas occasionné de décès, mais ils ont donné au médecin de chaudes alertes.

Un capitaine d'artillerie russe présente un panaris. Il est soigné dans un petit camp par le chef de camp et il arrive à Neckarelz avec un phlegmon de la main et de l'avant-bras. Incisions larges et multiples sous chloréthyle. Prontosil. Délire pendant trois jours. Arthrite suppurée du coude. Amputation du bras et guérison.

M...., déporté toulousain : volumineux adénophlegmon de l'aine, suite de plaies aux pieds; fusées purulentes descendantes, dilacérant la cuisse, nécessitant trois inter-

ventions sous anesthésie générale. Phlébite. Septicémie. Hyperthermie persistante. Diarrhée profuse. Transfusion de sang citraté. Deux mois et demi de traitement. Guérison.

Il a été donné une fois de voir un phlegmon périnéphrétique. Polonais d'une quarantaine d'années. Grippe banale, puis température en clocher. Le Dr Rohmer, de Strasbourg, l'évacue sur le service de chirurgie. Tuméfaction et empâtement de la région lombaire ; induration douloureuse à la palpation. L'intervention, pratiquée par le Dr Bent, ne présente aucune particularité intéressante. En l'absence de tout drain, un infirmier vole un caoutchouc brise-jet de robinet. Ce tuyau, préalablement bouilli est mis en place et maintenu par une épingle de nourrice transfixant la peau. Pansement : un fusslappen bouilli, maintenu par une « leib-binde » (leib = corps, binde = bande) que l'on se procure au magasin du tailleur. L'opéré est rapporté au Revier sur sa paillasse et quelle n'est pas la stupéfaction de l'opérateur de trouver le lendemain matin l'opéré de la veille sans pansement, se promenant, nu comme un ver, le tuyau de caoutchouc toujours en place, et le pus dégoulinant sur les fesses de l'opéré.

Ce malade est si bien guéri qu'un mois après, lors de l'avance américaine et de l'évacuation du camp par les convalescents, il put partir à pied pour le camp de Dachau.

4° *HEMATOMES SUPPURES.*

Les plaies contuses, les hématomes suppurés nous retiendront plus longuement.

Il faut avoir vu les résultats obtenus par la Gestapo ou avoir séjourné dans un camp de déportation, pour se faire une idée de ce que peut être une plaie contuse.

A Neckarelz, sentinelles allemandes, kapos, organisation Todt, ne commandaient que la trique à la main.

Pour faciliter les rassemblements et les multiples appels, coups de trique. Ça tombait sur n'importe qui et sur n'importe quelle partie du corps.

Pour aller au travail, coups de crosse des sentinelles; pour activer le travail, coups de manche de pelle des kapos. Pour une faute, le coupable était étendu sur une caisse et on lui infligeait 25-50 coups de ce qui tombait sous la main; habituellement un manche de pelle ou de pioche : quelques spécialistes se munissaient d'une matraque en caoutchouc, un tuyau d'arrosage.

Un Russe qui avait dérobé un pain fut si cruellement frappé, que force fut, deux jours après, de le transporter à l'infirmerie. Ses fesses n'étaient plus qu'une bouillie sanglante avec lambeaux déjà mortifiés. Compresses d'acétate d'alumine.

Les Russes étaient, en règle générale, plus résistants que les Français.

Toutes les escharres s'éliminèrent et il guérit parfaitement.

Malheureusement, tous les déportés ne jouissaient pas des mêmes capacités de self-défense. Les Français payèrent un lourd tribut.

En septembre 1944, les Allemands déportèrent toute la population mâle de Charmes (Vosges). Après un mois de travail épuisant au camp de Dachau, où, mal nourris, ils ne dormaient que deux heures par nuit, un convoi d'environ 200 Vosgiens arriva exténué à Neckarelz.

Malgré leur habitus squelettique, ils furent immédiatement envoyés à la mine. Ces malheureux étaient incapablesde se traîner, de porter le moindre fardeau. Ils étaient de ce fait roués de coups à longueur de journée. De même qu'un vieillard atteint de pneumonie ne réagit pas et ne fait même pas d'hyperthermie, ces malheureux présentèrent une symptomatologie absolument différente de celle que l'on peut étudier dans les traités de Pathologie externe. Pas de température; pas de calor local, presque pas de dolor; assoupissement, apathie qui entraînait une recrudescence des coups; diarrhée profuse. Le malheureux tombait, ne se relevait pas. On le portait à l'infirmerie. Certains mouraient en route. Sur le corps de ceux qui arrivaient vivants, on voyait des tuméfactions à peine douloureuses au toucher, fluctuantes.

On incisait sous chloréthyle local. toute autre anesthésie risquant d'être catastrophique. Incision très large d'où s'écoulait un pus sanieux, verdâtre et des étouffes de Dupuytren.En dépit du dévouement des infirmiers et des médecins, le déchet fut effroyable et sur les 200 Vosgiens de ce convoi, 150 ne sont jamais rentrés en France et sont enfouis au charnier de Binau.

5° *GANGRENE GAZEUSE.*

Il a été observé en neuf mois une vingtaine de cas de gangrène gazeuse, dont un, malheureusement, par contagion directe : un Polonais, amputé d'urgence pour broiement du pied, que les infirmiers ont couché sur une paillasse où venait de mourir un gangreneux. Brûler une paillasse constituait un acte de sabotage.

Le camp ne possédant ni microscope, ni laboratoire compétent, le microbe pathogène n'a pu être identifié.

La symptomatologie ne présentait rien de particulier. La gangrène progressait rapidement en raison de l'état déficient des sujets. Il n'y avait au camp ni sérum antigangreneux, ni eau oxygénée, seulement du permanganate: l'amputation était pratiquée dès apparition des premiers symptômes.

Le premier cas observé a été celui d'un jeune Russe dont le pied avait été broyé par un éboulement à la mine. Heureusement, le médecin allemand du camp (un étudiant en médecine) était absent et un médecin civil allemand, le Dr Wey, de Neckarelz, qui faisait l'intérim, exigea d'autorité que ce blessé soit transporté à la Clinique privée de Mosbach.

Le Dr Bent, assisté du Dr Rohmer, actuellement chef de clinique à la Faculté de Médecine de Strasbourg, put pratiquer l'amputation dans d'excellentes conditions. La seule particularité à signaler, est que la sentinelle allemande resta mitraillette au poing, dans la salle même d'opération, craignant évidemment qu'amputé et médecins ne cherchent à s'enfuir...

Tous les médecins allemands n'étaient pas le Dr Wey. Le jeune étudiant allemand, titulaire du poste de médecin-chef du camp revint. Le Dr Wey avait réclamé une scie à amputation : le petit étudiant se désintéressa de la question. Quelque temps après, une nouvelle amputation pour gangrène s'avéra indispensable. Le camp disposait d'un bistouri et de trois pinces à forcipressure.

A la mine, un wagonnet lourdement chargé de blocs de granit se renverse et broie la jambe d'un Polonais âgé d'une quarantaine d'années. Sérum antitétanique, épluchage soigné de la plaie. Rapidement 40°, délire, pouls rapide et arythmique, crépitation gazeuse, apparition de placards bronzés. Que faire ? Attendre la mort ou tenter l'impossible. On transporte le blessé sur la table. On flambe les deux bistouris et les trois pinces; on fait bouillir une dizaine de fusslappen, du coton et... une scie à métaux. Comme garrot, un câble électrique, comme anesthésique, un infirmier donne l'éther à la compresse. Le Dr Rohmer aide le Dr Bent. A Dieu vat ! l'opération commence.

Faire un saucisson avec un couteau à amputation ne présente pas de difficultés; avec un bistouri, c'est une autre affaire. On arrive péniblement à l'os. Un os n'est pas un morceau d'acier. Après quelques mouvements, les petites dents de la scie, recouvertes de magma, refusent tout service; la scie avance, recule sans scier. Les gouttes de sueur perlent sur le front des opérateurs. Que faire ? Un assistant galope au magasin de menuiserie et revient avec une scie à main à bois. On la passe au lysol pur. Nouvelle complication : plus d'éther ! Par bonheur, on possède encore deux tubes de chloréthyle. Le patient se ren-

dort, et l'os est facilement scié. On commence les ligatures. Nouvelle alerte : plus de chloréthyle. Le Dr Rohmer quitte sa place d'aide. Le patient commence à se réveiller. Injection intraveineuse d'Evipan et l'opération continue. Les ligatures sont faites; le câble-garrot enlevé; rien ne saigne; le moignon est saupoudré de sulfamide; quelques fusslappen comme pansement et l'opéré est enfin rapporté à l'infirmerie où il a bien mérité d'avoir une paillasse pour lui seul.

Naturellement, il fallait s'attendre à des suites opératoires accidentées. Prontosil intramusculaire, Coramine.

Contrairement à toute prévision, dépassant toutes espérances, cet opéré est parfaitement guéri. Il a été délivré le jour de Pâques 1945 par les Américains, à Ostenburken, en même temps que les médecins qui l'avaient opéré.

Le médecin ne le reverra sans doute jamais; il ignore même son nom, mais il se rappellera toujours qu'au moment de la séparation, ce Polonais, comme honoraire, lui a baisé la main, les yeux pleins de larmes.

Quelques jours après cette opération, pratiquée dans des conditions lamentables et qui naturellement avait fait un certain bruit, les Allemands envoyèrent au camp, une scie à amputation, un couteau et quelques pinces.

Les amputations se succédèrent. Elles ne présentèrent aucune particularité intéressante; : anesthésie à l'Evipan; pansements avec des fusslappen; permanganate : sulfamides intus et extra.

Six décès sur une vingtaine d'opérés.

6° *FRACTURES.*

Les fractures étaient appareillées le plus souvent avec des moyens de fortune, naturellement sans contrôle radiographique; les fractures de jambe et de l'avant-bras avec des attelles confectionnées à l'atelier de menuiserie du camp.

Les résultats étaient loin d'être brillants.

On disposait de bandes plâtrées en quantité limitée et que l'on gardait précieusement. On put ainsi plâtrer deux fractures du fémur, une fracture du bassin et une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Pour cette dernière, appareil thoracobrachial avec armature métallique fabriquée à l'atelier d'électricité du camp.

La première fracture de cuisse, après réduction, fut appareillée avec un grand plâtre de coxalgie, membre inférieur en abduction et rotation interne.

Le lendemain matin, le jeune étudiant en médecine S. S. arrive à l'infirmerie, voit le malade et se met à hurler crescendo, répétant : « sabotage, sabotage ». Le Dr Bent ne comprenant pas le motif de cette explosion de fureur teutonique, se fait expliquer de quoi il s'agit, et il apprend que, d'après le jeune étudiant, le fracturé ne marcherait plus de sa vie, parce que la jambe était mise de travers et que, par l'ignorance du médecin, un travailleur était à jamais perdu pour la Grande Allemagne.

Notre confrère se voyait déjà pendu.

Il fait traduire au jeune Allemand que depuis trente-trois ans, il appareille ainsi en clientèle tous ses fracturés de cuisse, que tous marchent et qu'il y a de sérieuses raisons de mettre la jambe dans cette position.

Peu convaincu, le jeune homme part en hurlant et deux jours plus tard revient, après avoir consulté ses livres, tout souriant, en disant : « Docteur Bent, grand kirurgien. »

7° *PLAIES PAR ARMES A FEU.*

On n'a aucune observation de plaies par armes à feu. Les déportés qui s'écartaient de la zone du travail étaient considérés comme cherchant à s'évader. Ils étaient abattus et achevés sur place.

Leurs cadavres étaient rapportés d'abord au camp, examinés par le médecin allemand et enfouis avec le diagnostic : « Allgemein körper schwäche » (faiblesse générale) diagnostic que l'on appliquait également aux déportés exécutés par pendaison dans la cour du camp.

8° *CHIRURGIE ABDOMINALE.*

Faire de la chirurgie abdominale dans de telles conditions pouvait être, à priori, taxé de folie.

Il fallait cependant essayer, forcer l'impossible.

Par quel hasard, par quel miracle a-t-on pu sauver un Yougoslave atteint d'appendicite aiguë ? Mais pour ce seul succès, rien que des échecs.

Ces échecs avaient plusieurs raisons. Ne parlons pas des capacités de l'opérateur, modeste médecin de campagne, mais ayant cependant trente-trois ans de pratique et ayant débuté à l'époque où les cliniques chirurgicales n'étaient pas aussi nombreuses qu'aujourd'hui, où les moyens de transport étaient difficiles, au temps où il arrivait que le médecin de campagne, isolé, loin de tout secours, ne pouvant compter que sur lui-même, devait faire sa hernie étranglée. Ce chirurgien improvisé faisait avec rien ce qu'il pouvait et du mieux qu'il pouvait.

Pensons aux conditions abdominales dans lesquelles il fallait opérer : instrumentation insuffisante, pas de gants, pas de champs, moyens de stérilisation archaïques, table d'opération de fortune.

Admettons qu'il se fut trouvé à Neckarelz un chirurgien de carrière, avec, à sa disposition, tout le nécessaire. Les résultats auraient été sans doute plus brillants, mais il y aurait toujours eu une cause contre laquelle on ne pouvait rien : le retard apporté à l'opération.

Une voiture passe sur le ventre d'un déporté; il reçoit un coup de pied dans le ventre; on l'apportera au camp cinq ou six heures après l'accident avec le camion qui rentre, après-distribution de la soupe. Si l'accident se produit autre part, loin de Neckarelz, c'est quelquefois deux ou trois jours après l'accident que le blessé arrive à l'infirmerie. Mêmes délais pour une appendicite ou pour une occlusion intestinale.

Il y avait également une autre cause faisant que les échecs étaient presque inévitables : le retard apporté à l'opération par suite des difficultés du diagnostic.

A en croire les traités, poser un diagnostic prête peu à discussion; habituellement, on arrive à savoir de quoi il s'agit et dans l'hésitation, une laparotomie exploratrice est tout indiquée.

A Neckarelz, il en allait tout autrement. Il s'agissait de sujets exténués, émaciés, dont la musculature abdominale était réduite à l'épaisseur d'un cahier de papier à cigarettes.

On pauvait palper une appendicite aiguë sans contracture de défense; les ventres respiraient. Quelle était la gravité des lésions soupçonnées ? Devait-on en présence d'un diagnostic incertain faire une laparotomie exploratrice ? Le Revier de Neckarelz n'avait rien d'une clinique moderne; on y opérait dans des conditions lamentables: les blessés étaient dans un tel état de déficience, qu'après une opération faite par un virtuose du bistouri, ils risquaient de mourir de shock. L'expectative armée était la seule attitude logique. Primum non nocere. Quand le diagnostic ne faisait plus de doute, on opérait, invariablement trop tard.

Voici une observation. A la visite du soir, arrive un Polonais, à pied, se plaignant d'avoir reçu des coups de pied dans le ventre. Frappé par le kapo, il est tombé à terre et a été relevé à coups de pied dans le ventre.

Le pouls paraît un peu rapide (les médecins n'avaient pas de montre) 36°8 de T°, le ventre est souple, légèrement douloureux, sans météorisme et sans contracture de défense. On l'admet au Revier. Le soir, il mange un litre de soupe de légumes déshydratés. Il dort bien, pas de

vomissements, et au réveil, affamé, il trouve de la soupe restant de la veille qu'il engloutit avec un morceau de pain.

A la visite du matin, un peu de météorisme, toujours pas de contracture de défense, mais matité dans les flancs et le pouls paraît un peu plus rapide. Que faire ? Evidemment, opérer, partout ailleurs qu'à Neckarelz. A midi, le blessé vomit, le pouls s'accélère. On décide quand même de faire quelque chose et l'on prépare tout. Cela demande du temps et, pendant les préparatifs, on vient annoncer au médecin que le malade est mort brusquement.

On transporte le cadavre encore chaud dans la salle d'opération et l'opération projetée se transforme en autopsie. On constate alors les lésions suivantes : perforation de l'estomac, quatre perforations intestinales, et, nageant dans le sang, les légumes désydratés mangés de si bon appétit la veille au soir et le matin.

Des lésions énormes n'avaient donné que des signes cliniques minimes.

Il est facile de comprendre qu'avec de telles difficultés de diagnostic, en présence d'une symptomatologie ahurissante, dans les conditions opératoires de Neckarelz, le médecin hésitait à se risquer à tenter une intervention. Il n'intervenait que la main absolument forcée et quand seulement une opération et la chance possible pouvait être de quelque utilité.

CONCLUSION

Que conclure de cette expérience de neuf mois de chirurgie à Neckarelz ?

On nous objectera sans doute que notre thèse n'apporte rien qui ne soit déjà connu, aucun procédé opératoire inédit, aucune nouveauté thérapeutique.

Notre thèse est l'exposé de ce que des médecins français déportés dans les bagnes nazis ont pu faire avec des moyens limités à peu près à zéro.

Disposant de la radiothérapie, on ne saurait évidemment conseiller de traiter un anthrax ou un furoncle de la lèvre avec de la pommade à l'ichtyol. La pénicilline, tant qu'elle guérit, est sans doute à conseiller dans les septicémies et pyohémies à cocci, plutôt que l'autohémothérapie. Le sérum antigangreneux aurait sans doute évité quelques amputations. Des attelles ne valent pas un Hennequin ou une extension continue ; une broche ou à défaut l'appareil de Rouvillois dans un camp auraient peut-être donné des résultats plus brillants dans les fractures de cuisse ; des interventions abdominales auraient pu mieux se terminer, toutes réserves faites sur la symptomatologie hétérodoxe. C'est certain et notre thèse aurait apporté des statistiques brillantes.

Mais au camp de Neckarelz, le chirurgien de fortune ne faisait pas ce qu'il voulait, mais ce qui pouvait être fait avec les moyens du bord.

Il faut avoir entendu souvent raconter en détail les conditions abominables d'hygiène, de nourriture, de couchage. Il faut savoir que les déportés ne mangeaient pas à leur faim, crevaient de froid, travaillaient jusqu'à épuisement, tombaient souvent pour ne plus se relever, étaient roués de coups, rongés par les poux, décimés par le typhus.

Il faut s'être mis par la pensée dans cette ambiance maudite pour comprendre tout le mérite qu'ont eu les médecins en faisant le peu qu'ils ont fait.

Leur dévouement, leur activité, leur courage devant les bourreaux nazis, leur art bien français de se débrouiller ont réussi à sauver des vies humaines.

Certes, ils n'ont malheureusement pas pu sauver tous ceux qui auraient pu l'être dans d'autres conditions. Ils ont toutefois arraché à la mort de nombreux frères de misère de toutes nationalités.

Ce qu'ils ont fait pouvait et devait être dit.

Si leurs interventions n'ont pas fait avancer la chirurgie d'un pas, elles n'en constituent pas moins un titre de gloire de plus à l'actif des médecins praticiens français.

Vu, *le Président de la Thèse :*
J. Boularan.

Vu, *le Doyen :*
J. Calvet.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 28 janvier 1947. Visa n° 84.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
P. Dottin.